

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

НАПРАВЛЕНИЕ-ПУТЕВКА №__ В РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР. ГАУЗ ТО «МКМЦ» Медицинский город»

по полису ОМС, по договору

Телефон для записи +7 (3452) 520-301, 270-635

пациент направляется на **СЦИНТИГРАФИЮ, ОФЭКТ:**



- сцинтиграфия (ОФЭКТ /КТ) паращитовидных желез
- сцинтиграфия щитовидной железы
- сцинтиграфия скелета (остеосцинтиграфия)
- динамическая нефросцинтиграфия
- ОФЭКТ/КТ молочных желез
- ОФЭКТ/КТ печени с мечеными эритроцитами
- Перфузионная ОФЭКТ/КТ головного мозга
- Перфузионная ОФЭКТ/КТ легких
- Перфузионная ОФЭКТ/КТ миокарда

СМК _____ Серия _____ Номер полиса _____

Наименование учреждения, направившего пациента _____

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Контактный телефон: _____

Адрес: _____

Диагноз: _____

Дата формирования записи: _____

Председатель ВК или заведующий поликлиникой, зам.главного врача: _____

Назначенное время начала исследования может быть смещено по техническим причинам, явка пациента на исследование согласовывается по предварительной записи.

«____» _____ 202__ г.

Лечащий врач

должность

М.П.

Ф.И.О.

подпись

К направлению обязательно предоставить выписку из амбулаторной карты и анализами!